

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Armand DOUBLET

Né à Vrasville (Manche) le 22 février 1903

ESSAI

SUR

Les Spondylites d'origine typhique
et leur traitement

Président : M. ACHARD, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Armand DOUBLET

Né à Vrasville.(Manche) le 22 février 1903

ESSAI

SUR

Les Spondylites d'origine typhique
et leur traitement

Président : M. ACHARD, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

LES PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	{ DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET. TERRIEN. LEGUEU. COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU .
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIERE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZÉLOT . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie
 VERNE. . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTÉTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . . Physique.
 N. Pathologie médicale.

V. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
 AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
 CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
 LAIGNEL-JAYASTINE Clinique médicale.
 LE LORIER . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
 MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
 PROUST . . . Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

Très affectueusement,

A MES PARENTS

Témoignage de reconnaissance.

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESBOUIS

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Directeur de l'Ecole de Médecine de Caen.

A MESSIEURS LES DOCTEURS OSMONT, MARAIS
et GOSSELIN

Mes chers Maîtres à l'Hôpital de Caen.

*Hommage de profonde grati-
tude.*

A TOUS MES MAÎTRES EN L'ÉCOLE DE CAEN

*Parmi lesquels le Dr Guibé dont
les publications me furent d'un
précieux appui.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIGOT

Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

*A qui je dois le sujet de cette
thèse. En remerciements de ses
conseils éclairés.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

A MON JURY DE THÈSE

ESSAI

SUR

Les Spondylites d'origine typhique et leur traitement

INTRODUCTION

Ardin-Delteil et Coudray définissent la spondylite typhique : « une affection survenant pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, due à une localisation du bacille d'Eberth au niveau du rachis et caractérisée : *anatomiquement* par des lésions vertébrales siégeant à la région lombaire et *cliniquement* par un syndrome douloureux spinal et radiculaire, dû à l'irritation des paires rachidiennes au niveau des vertèbres lésées, syndrome s'accompagnant ou non de déviation de la colonne vertébrale ».

Cette localisation du bacille d'Eberth est plutôt rare : elle a fait l'objet, au cours de ces dernières années, d'un certain nombre d'articles dans la littérature médicale française, mais les traités classiques, même récents, ne font que la signaler, comme complication peu fréquente. Une observation nou-

velle, recueillie dans le service de notre maître en l'Hôpital de Caen, le docteur Vigot, nous a fait penser qu'il serait peut-être intéressant d'attirer à nouveau l'attention sur ce sujet.

Nous nous proposons, dans ce modeste travail, de résumer succinctement les différents caractères de cette affection du point de vue clinique et anatomique ; de mettre en relief, autant que faire se pourra, les diverses lésions vertébrales aiguës ou chroniques avec qui on peut la confondre et enfin d'esquisser les grandes lignes de son traitement, en comparant notamment les anciennes méthodes chirurgicales d'immobilisation aux méthodes médicales plus récentes : la vaccinothérapie.

HISTORIQUE

La spondylite typhique fut jusqu'à ces derniers temps une maladie peu connue que l'on confondait, encore à la fin du siècle dernier, avec la sciatique, le lumbago ou plus fréquemment avec le mal de Pott. Ce sont les Américains et non les Allemands, comme ils en revendiquent la priorité, qui, les premiers la signalèrent. La première observation en effet fut publiée, en 1889, par Gibney de New-York qui décrivait alors « une affection se déclarant chez les convalescents de fièvre typhoïde, à laquelle il donna le nom de « Typhoid Spine ». Il la considérait également comme une complication et non comme une localisation éberthienne ainsi qu'on a coutume de le faire actuellement.

En 1890, Pepper en signale deux autres cas dans *L'American Tex Book of Medicine*.

En 1891, Gibney en signale un autre cas.

En 1895, six cas sont rapportés par Osler dans le *John Hopkinss Hospital Report*.

En 1896 paraît la première observation allemande publiée par Klein.

Le premier cas français remonte à 1911 et fut décrit par Curtillet et Lombart (*Progrès Médical*).

Puis Ardin-Delteil et Coudray (1911) ; Verdoux (1912); plus près de nous les quatre cas de Dufour, Auclair et Weissebach (1912), rapportés à la Société de médecine des Hôpitaux en 1921 ; Guibé de Caen dans *l'Année Médicale de Basse-Normandie* en 1922 ; enfin tout récemment, en 1928, une observation a été publiée par Oudard, Hesnard et Coureaud, professeurs à l'Ecole d'application de santé de la Marine à Toulon dans leur *Traité du diagnostic dans les affections de la colonne vertébrale chez l'adulte*.

ÉTIOLOGIE

La spondylite typhique survient habituellement chez les adultes entre vingt-cinq et quarante ans ; mais on peut la voir apparaître soit chez les adolescents entre quinze et vingt ans, soit même, ainsi que le signalent Ardin-Delteil et Coudray, chez un enfant de dix ans. Ils expliquent ce dernier cas par la facilité plus grande de l'infection, à cette période de la vie où il se produit un véritable travail osseux. Mais ce sont des cas plutôt exceptionnels et l'on peut dire actuellement que la spondylite typhique est une maladie de l'adulte. La plupart des observations recueillies montreraient que l'homme serait plus souvent atteint que la femme, dans 80 pour 100 des cas environ. Ce chiffre paraît exagéré ; il semblerait en effet en parcourant un certain nombre d'observations, que la femme est aussifréquemment atteinte que l'homme.

Le moment de son apparition est variable ; mais elle s'installe, dit Quincke, au cours du dernier septénaire, mais plutôt au début de la convalescence. Le malade souvent apyrétique et considéré comme guéri est alors pris de douleurs violentes dans le dos qui marquent le début de la localisation éberthienne.

Mais on peut la voir survenir presque au début de l'infection typhoïdique ou au contraire quelques mois après la guérison. Gibney la signale même plus d'un an après l'attaque de typhoïde. On aurait remarqué d'autre part que la spondylite fait surtout son apparition dans les formes de dothiéntenthérie d'intensité moyenne. Ce n'est pas toujours le cas et dans un certain nombre de cas, en particulier dans la plupart des observations relatées plus loin, on la voit succéder à des formes de typhoïdes graves. Cela d'ailleurs s'explique facilement. En effet plus l'infection aura été grave, plus le malade a de chances de garder dans un endroit quelconque de son organisme un plus grand nombre de bacilles.

Mais quel est donc dans cette localisation le bacille en cause ? Il est assez difficile de préciser, étant donné que l'hémoculture est négative, mais d'après le séro-diagnostic de Widal la spondylite semble succéder aux typhoïdes vraies et elle reconnaîtrait comme cause principale le bacille d'Eberth, beaucoup plus rarement le Para B. Roger, Aymes et Pieri signalent (*Gazette des Hôpitaux*, 1923) l'observation d'une malade dont le séro était positif au 1/400 pour l'Eberth et au 1/800 pour le Para B. Sur 18 cas, Weil signale 16 fois le bacille typhique, 2 fois le bacille Paratyphoïde B et jamais le paratyphique A. Sous toutes les réserves que comporte une telle question, on peut dire néanmoins que le microbe le plus souvent en cause est le bacille d'Eberth.

SYMPTOMATOLOGIE

Le début de la spondylite typhique est brutal et le premier signe de localisation vertébrale est la douleur. Cette douleur s'installe rarement peu à peu, elle débute souvent brusquement à l'occasion d'un effort minime, et Auclair et Weissebach signalent un cas où les malades qui n'avaient jamais souffert furent pris de douleurs en se retournant dans leur lit ; témoin encore cette malade de Roger qui fut atteinte en secouant un tapis ou cet autre de Oudard en soulevant un lourd colis. Les douleurs siègent habituellement dans la région lombaire ou dorso-lombaire avec des irradiations en ceinture à la partie inférieure de l'abdomen, dans les hanches, les plis inguinaux, les fesses et les membres inférieurs. Ces douleurs ont une prédominance nocturne, s'apaisant le jour pour reprendre le soir jusqu'au matin ; elles deviennent rapidement très intenses, intolérables et de temps en temps s'exacerbent en paroxysmes violents. Tout mouvement même dans le lit devient totalement impossible et le patient se fige dans une raideur caractéristique ou se couche en chien de fusil. Il est totale-

ment incapable de marcher ou de se lever, ce qui rend l'examen très difficile.

A la période d'état, entrent en jeu les signes ostéo-articulaires, les lésions des os et des articulations vertébrales. Si l'on parvient à examiner le malade, on note d'abord un gonflement des parties molles au-devant des vertèbres atteintes, un effacement de l'ensellure lombaire normale et une contracture des muscles des gouttières, contracture qui se propage même aux muscles de l'abdomen. La percussion des apophyses épineuses des vertèbres lésées réveille et exacerbe la douleur. Si au prix de grands efforts, on peut faire lever le malade, ce qui est rare, et si on réussit à lui faire exécuter quelques mouvements de flexion ou de torsion du tronc, on remarque que la partie de la colonne vertébrale atteinte est comme soudée et ne participera en rien aux mouvements ordonnés. Il y a en somme une arthrite des corps vertébraux, d'où le nom de « spondylarthrie » proposé pour désigner la spondylite typhique.

Dans les cas méconnus et, par conséquent non traités ; ceux qui, quoique rares peuvent succéder à une fièvre typhoïde non diagnostiquée, on peut voir apparaître des déviations du rachis. Elles existent rarement au cours de la période d'état et surviennent surtout à la terminaison de la maladie. Ces déviations du reste en général peu marquées, sont surtout antéro-postérieures ; les déviations latérales étant l'exception. A mesure du reste que

la spondylite sera mieux connue et par conséquent traitée de façon appropriée, elles deviendront de plus en plus rares.

Les symptômes radiculo-médullaires sont de peu d'intensité ; les réflexes tendineux sont généralement normaux, quelquefois légèrement exagérés ou disparus. Toutefois Roger cite une malade qui présentait un léger syndrome d'irritation pyramidale avec clonus du pied sans Babinski. Il existe quelquefois des troubles sensitifs caractérisés par des zones d'hyperesthésie ; les troubles trophiques sont exceptionnels ; il n'y a jamais de troubles sphinctériens.

Les phénomènes généraux sont presque nuls ; la température ne dépasse généralement pas 38°, quelquefois même elle fait totalement défaut. Malgré la persistance et l'acuité des douleurs, l'état général du sujet reste bon.

On peut parmi la symptomatologie faire une place à l'examen radiographique. Tout d'abord, au début, les lésions étant purement inflammatoires, il arrive que la radiographie ne donne pas beaucoup de résultats. Plus tard, les lésions intéressent le disque intervertébral, le périoste et les ligaments périarticulaires. L'espace clair, qui normalement sépare deux vertèbres entre elles est comme fondu ; les 2 corps vertébraux sont en contact l'un de l'autre. Il y a quelquefois des lésions d'ostéite hypérostosante ou au contraire de la raréfaction du tissu osseux. Auclair et Weissembach, à propos de la radiographie dans la spondylite typhique disent qu'il y a une

diminution d'un ou plusieurs espaces vertébraux, une réaction des tissus périvertébraux traduite par un réticulum irrégulier de teinte grise, qui enveloppe à la manière d'une toile d'araignée et masque les vertèbres et les disques; enfin des proliférations osseuses prévertébrales.

La ponction lombaire, difficile à appliquer à cause des douleurs, ne donne d'ailleurs aucun renseignement bien précis; il y aurait un certain degré d'hypertension, de l'hyperleucocytose et une légère augmentation du taux de l'albumine. Il n'en est pas de même du séro-diagnostic de Widal qui est toujours positif soit à l'Eberth, soit au para B; ce qui montre bien qu'il y a dans l'organisme un foyer typhoïdique en évolution.

DIAGNOSTIC

La plupart des auteurs qui ont traité la question disent que pour faire le diagnostic de spondylite typhique, il suffit d'y penser, mais comme toutes les maladies infectieuses aiguës ou chroniques sont susceptibles de se localiser à la colonne vertébrale, il est toute une série d'affections qu'il est nécessaire de passer en revue sous peine de faire quelques erreurs..... Nous nous arrêterons peu au lumbago. Le lumbago, contrairement à la spondylite est caractérisé uniquement par des douleurs musculaires sans points osseux.

D'autre part ces douleurs sont bien localisées aux masses lombaires et ne s'irradient jamais à distance.

Il ne faut pas confondre non plus une spondylite avec une sciatique. Dans la sciatique basse l'erreur est peu probable. Les douleurs localisées sur le trajet du nerf : région lombaire et fessière, face postérieure de la cuisse, creux poplité, face externe de la jambe ; la recherche des points de Valleix et du signe de Lasègue permettront de faire la différence. En particulier dans la spondylite, la douleur reste aussi intense que l'on élève en masse le membre

inférieur ou que l'on fléchisse simplement la cuisse sur le bassin.

Dans les sciaticques hautes le diagnostic peut être plus malaisé ; d'autant plus que ces sortes de sciaticques peuvent être dues à une irritation des nerfs rachidiens par des lésions d'ostéite vertébrale.

Une affection, assez rare également mais possible doit être distinguée de la spondylite typhique, c'est l'ostéomyélite vertébrale aiguë, due au microbe habituel des ostéomyélites : le staphylocoque. L'erreur peut être d'autant plus facile que souvent le malade présente des signes généraux voisins de la typhoïde : température élevée, frissons, stupeur.

Mais cette ostéomyélite est caractérisée par des phénomènes locaux beaucoup plus intenses que ceux qui surviennent au cours de la spondylite. Il y a une contracture souvent unilatérale des muscles des gouttières vertébrales ; une douleur exquise à la palpation d'une seule apophyse épineuse ; un œdème parfois considérable, une circulation collatérale accentuée, un début d'abcès fusiforme paravertébral. La forme subaiguë ou ostéomyélite prolongée sera surtout d'un diagnostic difficile. On aura donc recours à l'hémoculture et au séro-diagnostic, qui seront ici d'un puissant secours, car il ne faut pas surtout dans la forme suraiguë trop compter sur la radiographie. On aura soin également de rechercher dans les antécédents du malade la possibilité d'une pyohémie à staphylocoques ou d'autres localisations au niveau des os longs : fémur, tibia ou d'organes.

Quant aux autres ostéomyélites vertébrales aiguës, on fouillera également les antécédents car il arrive souvent qu'elles succèdent à une pneumonie, une pleurésie purulente, une grippe, une rougeole, suivant en cela la loi générale, qui veut que toute infection peut se localiser sur n'importe quel organe même le tissu osseux.

En présence de douleurs lombaires violentes on sera en droit de penser encore à une syphilis vertébrale. Mais on se souviendra que le siège d'élection de la spondylite syphilitique est la région cervicale. Elle débute insidieusement par des douleurs qui, très atténuées le jour, sont la nuit d'une violence extrême. Il n'y a pas de modification dans l'état général, pas de température. D'autre part, en remontant dans le passé du malade, on pourra peut-être retrouver les traces d'accidents primitifs. La réaction de Bordet-Wassermann donnera une confirmation puissante. Si elle est négative, une réactivation donnera peut-être un résultat. Et enfin si toutes les réactions sérologiques sont négatives, un traitement d'épreuve viendra trancher la question. Nous ne ferons que citer à titre de mémoire la spondylite signalée récemment par Holst de Moscou (1925) et qui survient quatre à huit semaines après le début d'un typhus exanthématique. On se basera alors sur la notion de la maladie préexistante.

Une autre cause d'erreur plus importante et plus fréquente est la suivante : on peut prendre facilement une spondylite typhique pour un mal de Pott,

d'autant qu'on est toujours en droit de penser qu'une localisation tuberculeuse a pu se produire à la suite de l'affaiblissement causé par la typhoïde. Toutefois le début du mal de Pott est indidieux. Il commence par de la lassitude et des douleurs. Ces douleurs sont moins brusques, moins intenses revenant toujours dans les mêmes régions. Elles ont des irradiations plus marquées que dans la spondylite et non paroxystiques, elles ont plutôt le type névralgique ; elles ne sont pas toujours identiques à elles mêmes et, aggravées par la station debout et la marche, elles sont au contraire apaisées par le repos horizontal. De plus si elles augmentent d'intensité ce n'est point au début, mais alors que déjà la tuberculose a provoqué une irritation ou une compression des racines rachidiennes... Il y a souvent exagération des réflexes tendineux du côté malade, réflexes qui dans la spondylite sont peu ou pas modifiés. Cette dernière s'accompagne généralement d'une petite élévation de température qui fait plutôt songer à une affection aiguë. L'examen radiographique dans les cas douteux devra être fait. Du point de vue radiologique le mal de Pott est caractérisé par le pincement vertébral c'est-à-dire l'effondrement d'un disque et partant la diminution de l'espace clair entre deux vertèbres ; mais cet effondrement s'accompagne presque toujours de décalcification des vertèbres. Il n'y a aucune trace de décalcification dans la spondylite.

De plus la ponction lombaire dans le mal de Pott

montre une augmentation notable du taux de l'albumine sans augmentation du nombre de leucocytes ; au contraire, dans la spondylite il y a de l'hyperleucocytose.

Il nous reste pour terminer de dire quelques mots d'une affection relativement rare en France la spondylite mélitococcique. Les douleurs vertébrales dans la mélitococcie apparaissent surtout au cours de l'affection. H. Roger en rapporte un cas à la société d'hygiène et de médecine coloniale de Marseille. Il s'agissait d'un malade qui était entré à la clinique neurologique de Marseille pour une violente rachialgie. Le diagnostic fut posé par le Dr Roger en raison d'un état subfébrile du sujet accompagné de sueurs nocturnes abondantes ; le diagnostic fut d'ailleurs vérifié par une forte agglutination pour le micrococcus méliteusis. On se basera également sur les antécédents du malade, sur les symptômes propres à cette affection et sur l'enquête épidémiologique.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution de la spondylite typhique est lente et peut durer des mois. D'une manière générale elle se termine par la résolution qui peut se faire attendre longtemps, deux ans et plus disait-on. Ce temps est en réalité trop élevé ; actuellement il paraît démontré que la guérison survient habituellement entre deux et six mois, guérison habituellement complète et caractérisée par la disparition des douleurs et le retour de la mobilité normale de la colonne vertébrale. Néanmoins elle laisse quelquefois après elle des séquelles sous forme de déviations du rachis, cyphoses ou plus rarement scolioses. De plus alors que toutes les ostéites aiguës d'autre origine, les ostéomyélites vertébrales en particulier ou même les localisations tuberculeuses se terminent par la suppuration ; il est rare de trouver des abcès dans les cas de spondylite typhique. Raymond et Sicard en ont cependant signalé quelques cas.

Néanmoins la spondylite typhique est considérée comme une affection tenace. Le pronostic vital est en général bon ; il n'en est pas toujours de même du pronostic fonctionnel. En effet, si la plupart des

malades sont, grâce aux vaccins, intégralement guéris, quelques-uns cependant gardent une sou-
dure plus ou moins marquée de la colonne atteinte
ou des ébauches de gibbosités indélébiles.

TRAITEMENT

Autrefois on appliquait à la spondylite typhique le traitement commun à toutes les affections osseuses vertébrales : l'immobilisation. Cette immobilisation se faisait soit par extension continue, difficilement supportée par le malade ou de préférences par le corset plâtré. Ce dernier mode qui avait l'inconvénient de durer de longs mois, donnait de bons résultats. Après une telle application, il persistait souvent de l'atrophie musculaire, des raideurs articulaires. Il fallait donc instituer par la suite un traitement physiothérapique par massage et de véritables exercices d'assouplissement. Pour calmer les douleurs on avait essayé tous les analgésiques et les hypnotiques les plus divers sans d'ailleurs aucun résultat... Pour supprimer ces douleurs violentes Ardin-Delteil préconisa à son tour la ponction lombaire ; elle soulageait évidemment les malades chez lesquels l'hypertension du liquide céphalo-rachidien était considérable ; quant aux autres les résultats étaient nuls.

Actuellement il semble qu'il faille envisager avec Guibé, le traitement de la façon suivante : il consistera d'abord dans le repos soit simple dans le décubitus

bitus très horizontal soit si les douleurs persistent, repos dans un corselet plâtré. Le traitement chirurgical devient nécessaire dans les cas rares de suppuration. Dans un cas de Raymond et Sicard, il a fallu intervenir et pratiquer la résection de 3 apophyses épineuses pour ouvrir un abcès situé dans les ligaments jaunes. Dans un autre cas, cité également par Guibé, Robineau a dû pratiquer la laminectomie des 3 vertèbres lombaires et dégager les trous de conjugaison à droite pour arrêter les douleurs.

La grosse question du traitement est dominée à l'heure actuelle par la vaccinothérapie. Mais alors quel vaccin faut-il employer et de quelle manière faut-il l'employer ? Pour le genre de vaccin les avis sont partagés ; Weil et Chevrier employaient un vaccin typhique et rejetaient systématiquement le mélange T. A. B.

H. Roger, au contraire, avait fait préparer un vaccin mixte renfermant $\frac{2}{3}$ d'Eberth et $\frac{1}{3}$ de Para B à la concentration de 800 millions de germes par cm^3 . Le vaccin qui fut employé pour la malade, qui fait l'objet de notre observation inédite, était un vaccin à l'Eberth contenant 100 millions de germes par cm^3 . En cas de spondylite à bacilles d'Eberth, ce qui est la majorité des cas, il semblerait préférable d'employer un vaccin anti-Eberth plutôt que le T. A. B.

Mais on se trouve malgré tout un peu embarrassé lorsqu'il s'agit de passer à l'application de la vacci-

nothérapie, car si le genre de vaccin varie avec les différents auteurs il en est de même des doses à employer. Dufour injectait à ses malades du vaccin T. A. B. de la façon suivante : à quatre jours de distance, un demi, puis un cm^3 , une semaine après trois injections de $1 \text{ cm}^3 \frac{1}{2}$. Sicard et Robineau préconisèrent les injections quotidiennes de un demi cm^3 , trois quarts de vaccin anti-Eberth ou T. A. B. Weil et Chevrier conseillent deux injections par semaine pendant deux mois en commençant par une dose minime de un quart pour les 4 premières injections ; les quatre suivantes 1 cm^3 et les huit dernières $1 \text{ cm}^3 \frac{1}{2}$. Dans les complications osseuses, typhiques et paratyphiques, Rathery conseille de pratiquer des injections de stock-vaccin ou de auto-vaccin. On commencera par de faibles doses ; un demi, trois quarts de cm^3 pour monter progressivement à 2 cm^3 ; les injections seront faites au nombre de deux par semaine et maintenues pendant six semaines à deux mois. On pourra également pratiquer des injections quotidiennes à petites doses un demi ou trois quarts de cm^3 avec un total de 12 ou 18 injections. Notre malade a reçu au total 12 injections de vaccin anti-Eberth contenant 100 millions de germes ; pendant une semaine, elle en a reçu une tous les jours de 2 cm^3 sans aucune réaction générale.

C'est qu'en effet dans la pratique il faudra toujours tenir compte des réactions que présentera le sujet ? En tout cas il sera toujours prudent de com-

mencer par une dose minime pour tâter la susceptibilité du malade et monter progressivement suivant les réactions constatées lors de l'injection précédente. Ces réactions sont d'ailleurs en général à peu près nulles. La réaction locale est caractérisée par de la rougeur et de la douleur au lieu d'injection et la réaction générale par de la courbature, de la céphalée, de la fièvre : elle est loin d'être constante. On se gardera bien d'ailleurs de vacciner les sujets présentant une déchéance organique grave et qui par le fait seraient incapables de réagir au vaccin. Mais en dehors de ces cas on se doit d'employer la vaccinothérapie.

Cette thérapeutique a en effet de grands avantages. Presque toutes les observations de malades atteints de spondylite typhique, observations publiées avant l'emploi presque systématique de la vaccinothérapie, montrent bien évidemment des guérisons presque complètes ; mais souvent il restait à la suite, des déviations du rachis, en cyphose généralement ou tout au moins des rigidités. Pour le malade c'était donc une infirmité qu'il gardait. Avec le vaccin combiné au repos horizontal il est rare de voir survenir de pareils ennuis. On obtient donc une véritable guérison, guérison totale caractérisée par la disparition des douleurs et le retour complet de la mobilité de la colonne vertébrale.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite)

(Due à M. le Docteur Vigot).

Mme M..., 21 ans. Cette malade entre à l'Hôpital de Caen le 8 octobre 1923. Elle n'a pas d'antécédents personnels ou héréditaires : père mort d'accident ; mère morte en couches. Elle n'a pas d'enfant. Elle a fait une crise d'appendicite et est toujours constipée.

Lorsqu'elle est admise à l'hôpital elle est malade depuis dix jours et présente un état typhoïdique des plus graves. La température est à 40°6, le séro-diagnostic de Widal est fortement positif au 1/200 pour le bacille d'Eberth.

On la traite par des injections intramusculaires de physiothénine. Elle reçoit une injection le 10 octobre, le 13 et le 15. Dès la troisième injection la température commence à baisser. La guérison survient facilement, assez rapidement puisque le 21 octobre, au 16^e jour de sa maladie déclarée, la malade est complètement apyrétique. Elle sort de l'hôpital à la fin de novembre 1923.

Quelques jours après sa sortie au début de décembre, Mme M... commence à ressentir des douleurs dans la région lombaire, douleurs peu intenses mais qui vont sans cesse en augmentant. Ces douleurs étaient d'abord localisées à la région lombaire, mais peu à peu elles irradiaient vers la

région dorsale. La malade entre de nouveau à l'hôpital le 4 janvier 1924. Elle se plaint alors de douleurs lancinantes extrêmement intenses siégeant sur tout le dos mais avec un maximum à la région lombaire. Ces douleurs se propagent dans la hanche droite. Elle est incapable de faire un mouvement, même de tourner dans son lit sans pousser des cris. On arrive à grand peine, au prix de souffrances intenses, à la faire se lever. La marche est impossible à cause de sa douleur. La malade se tient raide, elle ne peut faire le moindre mouvement ni de flexion ni de torsion du tronc ; la colonne vertébrale paraît soudée et la palpation réveille des douleurs au niveau des apophyses épineuses des vertèbres lombaires. La température est à ce moment de 38°.

On la traite par le vaccin ; on se sert en l'occurrence d'un vaccin antityphique, préparé par le docteur Lebailly, chef du laboratoire départemental de bactériologie du Calvados, et qui contenait 100 millions de germes par centimètre cube. A la 3^e injection la malade se sent beaucoup mieux ; cette injection était de 2 centimètres cubes, les deux premières de 1 cm³ 5. Les douleurs s'atténuent et la malade peut faire quelques mouvements dans son lit. Ces injections de deux centimètres cubes sont faites tous les jours, pendant une semaine du 7 au 14 janvier ; le 10, c'est à-dire à la 5^e injection la température qui s'était maintenue aux environs de 38°, commence à baisser à son tour. Mme M... reçoit encore 3 injections de 2 centimètres cubes les 16, 19 et 23 janvier ; au total 12 injections vaccinales. La guérison s'accroît de plus en plus à partir du 24 janvier, guérison totale caractérisée par la disparition des douleurs et le retour de la mobilité normale de la colonne vertébrale.

Cette malade revue quelque temps après sa sortie de l'hôpital ne se plaint plus de rien.

OBSERVATION II

(Dr Guibé, *Année médicale de Caen*, nov. 1922).

Le jeune R..., Maurice, âgé de 16 ans, est envoyé à l'Hôpital de Caen pour qu'on lui fasse, dit-il, un corset plâtré.

L'histoire de ce jeune homme ne présente rien de bien intéressant comme antécédents éloignés. Il n'a jamais été malade sauf de la grippe en 1918. Il n'a jamais toussé. Mais cet été il a eu une fièvre typhoïde grave qui aurait débuté vers le 15 août 1921 et qui aurait duré trois mois. C'est au moment où elle prenait fin qu'ont commencé les accidents actuels. Au début de novembre le malade se levait depuis 2 jours, il ne souffrait nullement et paraissait en bonne voie de guérison. Le troisième jour il fut pris de douleurs extrêmement vives dans le dos, irradiant en forme de ceinture vers la partie inférieure de l'abdomen. Il dut prendre le lit et la violence des douleurs était telle qu'il lui était devenu impossible de remuer dans son lit. Pas d'irradiations dans les membres inférieurs. L'insomnie était presque absolue à cause de la douleur. Il n'est pas certain qu'il ait eu de la fièvre à ce moment, en tout cas elle ne semble pas avoir été bien forte ni duré bien longtemps. Les douleurs paraissent surtout avoir été nocturnes, le jour elles étaient modérées, du moins tant que le malade restait immobile, mais elles apparaissaient le soir pour durer jusqu'au matin.

Le malade entre à l'hôpital le 22 novembre. Il se plaint toujours de violentes douleurs dans le dos qui l'empêchent de se remuer dans son lit ; se retourner est un véritable supplice, et il est inutile d'essayer de le faire asseoir, d'où

gène notable pour l'examen. Quand on est arrivé à le faire mettre de côté aucune déformation du rachis ; pas de saillies vertébrales. La pression est douloureuse au niveau des vertèbres lombaires, surtout des deux premières ; mais il ne faut pas songer à rechercher une limitation des mouvements du rachis à cause de la douleur. Cette limitation n'était d'ailleurs pas douteuse car le rachis paraissait soudé. Les membres inférieurs ne présentent pas de paralysie, les réflexes rotuliens sont normaux plutôt faibles. Le signe de Lasègue est positif ; la seule flexion de la cuisse provoque une douleur surtout à gauche. L'état général n'est pas mauvais, la température qui le soir de son arrivée était de 38° descend le lendemain matin à 37 et s'y maintient ; le pouls est accéléré et bat à 100.

En présence de la fièvre typhoïde le diagnostic de spondylite se présentait comme l'hypothèse la plus vraisemblable. Il fut d'ailleurs confirmé par le séro-diagnostic qui était positif à l'Eberth au 1/200. Le malade avait donc eu une typhoïde vraie ; d'autre part la persistance d'un pouvoir agglutinant très élevé du sérum montrait qu'il y avait encore chez lui un foyer en évolution. La radiographie ne montra rien de bien net, aucune lésion, un peu de décalcification de la 3^e lombaire, pas d'affaissement des disques.

Le traitement fut simple : repos complet au lit en position très horizontale, l'idée d'une vaccination à l'Eberth vint à l'esprit mais l'amélioration était telle qu'il fut superflu d'envisager cette médication. Il rentra chez lui le 4 janvier guéri. Les douleurs ont depuis disparu, le malade se lève et marche, le rachis a recouvré sa mobilité mais au niveau des vertèbres lombaires existe une ébauche de gibbosité.

OBSERVATION III

(H. Roger, G. Aymes et G. Pieri. *Gazette des Hôpitaux*.
6 sept. 1923.)

Fièvre typhoïde de moyenne intensité. Trois mois après lombalgie excessivement intense et à début brusque, persistant ; depuis lors, un peu atténuée, irritation pyramidale, clonus du pied sans signe de Babinski. Pas de réaction méningée. Séro-diagnostic : Eberth + 1/400 ; Para B + 1/800. Radio : ostéophytes et effacement de l'interligne L2 L3. Vaccinothérapie, grosse amélioration.

Mme Eugénie Eyg..., âgée de 32 ans, entre le 10 mars 1923 à la clinique neurologique de Marseille pour des douleurs lombaires ayant débuté il y a six mois.

Le début s'est fait dans les premiers jours d'octobre 1922 d'une façon assez brusque sans prodromes par une douleur lombaire violente apparue à l'occasion d'un minime effort en secouant un tapis. La douleur prédominait du côté gauche s'irradiant en demi-ceinture. L'algie a été si vive qu'elle a provoqué la chute de la malade qui n'a pu se relever seule. Transportée au lit, Mme E... a continué à souffrir violemment pendant tout un jour et toute une nuit, n'étant même pas calmée par une injection de morphine.

Depuis lors elle reste incapable d'aucun effort à cause de sa douleur occupant toute la région lombaire surtout à gauche mais avec irradiation du côté droit. Elle se déplace avec peine ne pouvant aller de son lit à la chaise longue qu'à petits pas et uniquement quand elle est soutenue par un aide. En outre, des crises paroxystiques survenant presque

toutes les quatre heures l'immobilisant encore plus complètement ; pour éviter tout mouvement du tronc qui exacerbe les douleurs on est obligé au moment de ses crises de faire manger la malade. Le diagnostic de lumbago est porté par le médecin traitant.

Le traitement consiste en injections de pantopon et en antinévralgiques divers. La malade a été un peu améliorée mais ne pouvait se lever.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, à la clinique chirurgicale du professeur Imbert, le 23 février 1923, les douleurs ont un peu diminué mais sont toujours vives. Quelques jours après, lorsqu'elle passa à la clinique neurologique, le 10 mars nous constatons de la rigidité de la colonne dorso-lombaire avec impossibilité de se baisser sans plier les genoux ; il n'existe aucune saillie anormale mais de la douleur à la pèrcussion des premières lombaires et à la mobilisation latérale des apophyses épineuses, sans points douloureux fixes.

La marche se fait péniblement, mais sans aide. Pas de parésie des membres inférieurs ; la malade tient difficilement ses jambes dans la position gynécologique, plutôt par suite de la douleur provoquée par ce mouvement que par diminution de la force musculaire.

L'étude de la réflectivité montre une exagération légère des réflexes rotuliens, mais égale des deux côtés. L'excitation cutanée plantaire provoque une légère flexion des orteils, sans signe de Babinski. Enfin il y a trépidation épileptoïde du pied, très nette à droite, ébauchée à certains moments à gauche, du clonus intermittent de la rotule à droite, des réflexes cutanés fessiers sont plus vifs à droite, les réflexes abdominaux sont légèrement diminués à droite.

Le signe de Lasègue est positif à droite, le signe de Bonnet négatif, pas de points douloureux sur le trajet sciatique. Il

n'y a pas de troubles de la sensibilité superficielle ou profonde, pas de retards ni de troubles de discrimination de la sensibilité thermique. Pas d'anesthésie en selle. Pas d'atrophie musculaire du membre. Pas d'abaissement du pli fessier. On note une certaine hypotonie des masses musculaires de la fesse. Pas de troubles vaso-moteurs localisés, sudation facile et générale. Il n'y a pas de troubles sphinctériens, la malade n'ayant jamais été gênée pour uriner : il lui est arrivé parfois de mouiller son lit, mais c'était au moment de crises très douloureuses, quand n'ayant personne pour l'aider, elle ne pouvait descendre de son lit, ni glisser sous elle un vase pour uriner.

Aux membres supérieurs, mobilité normale, réflexes égaux et normaux, pas de troubles de la sensibilité. Notons enfin l'absence de vertiges, de céphalée, de troubles auditifs ou visuels et des pupilles régulières, égales et contractiles.

L'examen de l'appareil respiratoire ne montre pas de signes de lésions pulmonaires pleurales ou bronchiques, sauf une rudesse respiratoire légère du sommet droit en arrière. Les urines sont normales en quantité et sans éléments pathologiques.

Appareils circulatoires et digestifs normaux. La température prise dans le service ne dépasse qu'un soir ou deux 37°5. Le B.-W. du sang, pratiqué avant l'entrée à l'hôpital aurait été négatif.

Liquide céphalo-rachidien. Cytologie : deux lymphocytes par millimètre cube.

Albumine : une division et demie en 24 heures au rachialbuminimètre de Sicard. B. W. négatif.

Traitement : vaccin A et B à raison de 2/3 d'Eberth et 1/3 de Para B à la concentration de 800 millions de germes,

à raison d'une injection de 2 cmc. tous les trois jours avec un total de 12 injections. A la fin les douleurs avaient disparu, il ne restait plus qu'un peu de contracture.

OBSERVATION IV

(Dufour. Société de médecine des hôpitaux, 19 mars 1921.

Mme A. ..., 42 ans.

Antécédents personnels. — Une rougeole et quelques petites indispositions, le reste du temps très bien portante.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 77 ans de vieillesse, père à 67 ans de paralysie.

Le 22 octobre 1920, après huit jours de maladie avec de la courbature, de la fièvre, de la diarrhée, elle s'alite extrêmement malade. Son médecin traitant pose le diagnostic de grippe intestinale. Elle reste au lit jusqu'à la mi-décembre. A cette époque, elle se lève, la diarrhée avait cessé, elle reprend son alimentation mais elle est très faible et elle a des douleurs dans le dos qui la forcent à reprendre le lit huit jours après. A ce moment la température est de 38°. Elle reste chez elle jusqu'au 21 janvier, couchée pouvant à peine faire un mouvement tant les douleurs de la colonne vertébrale sont violentes.

Du 20 décembre au 21 janvier elle est traitée successivement par des pointes de feu, des ventouses scarifiées, sans résultat. Elle entre alors à l'hôpital. Elle plie très difficilement la colonne vertébrale. Toute la région lombaire est douloureuse. Il y a un point très douloureux au niveau de la deuxième

vertèbre lombaire. La malade se plaint de douleurs dans les jambes sans paroxysmes. La lordose normale de la colonne vertébrale a disparu. La radiographie ne montre rien. Le séro-diagnostic est fait, il est positif pour le bacille d'Eberth au 1/150.

Le diagnostic de spondylite thyphique est posé. Le 25 janvier on fait une injection de T. A. B. d'un demi centimètre cube, très légère réaction. Pas de céphalée. Seulement un peu d'agitation. Dès le lendemain la température baisse, quelques jours après les douleurs avaient cessé presque complètement. Le 29 janvier, nouvelle injection d'un centimètre cube de T. A. B., pas de réaction, de rares douleurs à l'occasion de mouvements brusques.

Le 6 février, on injecte un centimètre cube et demi de T. A. B., de même le 16, toujours sans réaction. Elle sort de l'hôpital guérie.

OBSERVATION V

(Ardin-Delteil, Raynaud et Coudray. Société de médecine des Hôpitaux, 14 juin 1912.)

S... Paul, 10 ans, habite l'Algérie depuis deux ans, rougeole bénigne à deux ans. Depuis le 1^{er} octobre, lassitude, malaise croissant, fièvre continue. Constipation pendant les premiers jours puis diarrhée. Le malade est abattu, la température est de 38°8-40°1. L'abdomen est souple, non météorisé, non douloureux, il y a du gargouillement dans la fosse iliaque droite. Sur l'abdomen et à la base du thorax on remarque une éruption de taches rosées discrètes. Le foie est normal, la rate est légèrement augmentée de volume. Le séro-diagnostic de Widal est positif au centième pour l'Eberth.

La maladie évolue jusqu'au 27 octobre comme une dothiénentérie d'intensité moyenne. Ce jour-là l'enfant est pris de vives douleurs dans la région lombaire gauche, irradiées vers la hanche et la fesse du même côté. Il y a parfois des élancements dans tout le membre inférieur gauche. La douleur est constante, mais s'exacerbe en paroxysmes violents. L'enfant s'immobilise dans son lit en chien de fusil. Il n'y a pas de Lasègue, la flexion de la cuisse sur le bassin étant aussi douloureuse que la flexion totale du membre.

Rien à l'articulation coxo-fémorale. Les muscles de la région lombaire sont fortement contracturés ainsi que les muscles abdominaux des deux côtés. La région sacro-lombaire est hypéresthésiée. La pression sur les épines et surtout les parties latérales de l'arc vertébral des 3^e, 4^e et 5^e lombaires provoque des douleurs très vives, électives en ces points. Tout mouvement de la colonne vertébrale est impossible, il y a une rigidité de bois des muscles des gouttières ; la colonne est comme soudée. Il y a un peu d'empâtement de la région lombaire, effaçant l'ensellure normale et une légère courbure scoliotique de la même région à convexité droite compensée par une convexité gauche de la colonne dorsale. Il existe une bande d'hypoesthésie nette répondant au territoire de L₁ L₂ gauche. Les réflexes rotuliens sont normaux, pas de Babinski.

Le 10 novembre, l'état reste stationnaire. La ponction lombaire révèle une hypertension énorme, de l'hyperalbuminose et une hyperleucocytose peu nette. L'ensemencement reste négatif.

Le 20 novembre, les douleurs ont disparu, la rigidité persiste. La radiographie a montré un disque intervertébral ne présentant pas l'échancrure normale.

OBSERVATION VI

Par Jean, de Toulon

(M. Oudard, Hesnard et Coureaud. *Diagnostic dans les affections de la colonne vertébrale chez l'adulte*. Masson, 1928).

L..., 22 ans, employé de gare, fièvre typhoïde grave en février 1927 (Période fébrile de 40 jours). Il reprend son travail après une longue convalescence. Cinq mois plus tard, après une journée de travail au cours de laquelle il dut déplacer un lourd colis, il rentre le soir chez lui souffrant de la région lombaire. Durant la nuit les douleurs augmentent et le moindre mouvement arrache des cris au malade. On pense à une rupture musculaire traumatique et une déclaration d'accident est établie.

Quelques jours après, le malade est couché dans une attitude bizarre, coussin sous la région lombaire, jambes pliées sous les cuisses. La marche des siens autour du lit, le moindre contact avec le matelas réveille de vives douleurs. Le rachis est comme soudé par la contracture musculaire, les muscles des gouttières sont aussi durs qu'un plan osseux et maintienne une lordose antalgique très accentuée. Tout est douloureux à la pression. Douleurs et contractures diminuent à partir de la 6^e dorsale. La palpation de l'abdomen réveille les mêmes douleurs que dans le dos.

Les réflexes patellaires sont un peu vifs des deux côtés, les autres normaux. Pas de signes de lésions rénales. On pense à une spondylite.

A la suite de l'immobilisation, les douleurs diminuent ; elles surviennent alors par crises surtout nocturnes à l'occasion des mouvements ; elles partent de la colonne lombaire et s'irradient vers les fosses iliaques et les plis inguinaux.

On institue un traitement par le vaccin antityphique qui contribue autant que l'immobilisation à amener une sédation rapide. En septembre les douleurs ont cessé, le malade commence à se lever.

CONCLUSIONS

La spondylite typhique est une localisation relativement rare des bacilles du groupe Eberth, au niveau de la colonne lombaire. Elle survient habituellement chez l'adulte, mais les adolescents et même les enfants n'en sont pas indemnes. Elle apparaît le plus souvent au début de la convalescence de la fièvre typhoïde.

* * *

La symptomatologie est dominée par :

Des douleurs lombaires, brusques, très intenses, à prédominance nocturnes avec paroxysmes.

Des lésions osseuses et articulaires caractérisées par un effacement des disques intervertébraux et production d'ostéophytes.

L'absence de troubles sensitifs ou sphinctériens.

Des signes généraux peu accentués.

Un séro-diagnostic de Widal toujours positif soit à l'Eberth, soit au Para B.

* * *

Son diagnostic se fera d'après les antécédents du malade, ses différents symptômes et on évitera de la confondre avec une ostéomyélite vertébrale aiguë, une sciatique haute, mais surtout un mal de Pott au

début. On fera toujours pratiquer un séro-diagnostic de Widal.

* * *

L'évolution de la spondylite typhique est relativement longue. Elle peut durer de deux à 6 mois. Mais alors que toutes les ostéites et même les ostéites typhiques des os longs : fémur, tibia, aboutissent à la suppuration, il est rare de trouver des abcès dans la spondylite typhique. Le pronostic quant à la vie est bon, avec le traitement actuel le pronostic fonctionnel est également favorable.

* * *

Ce traitement consistera évidemment dans le repos horizontal avec, si besoin est, légère immobilisation. Mais surtout, on pratiquera au plus tôt, suivant les cas, des injections de vaccin anti-Eberth, anti para, ou mixte. Ces injections auront le grand avantage de calmer les douleurs à brève échéance et surtout par attaque directe de l'organisme sur l'agent pathogène lui-même, on verra disparaître ces déformations rachidiennes, autrefois presque fatales et qui laissaient toujours un point noir dans l'existence des malades.

Vu : le Président de la thèse.
ACHARD.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur
l'Inspecteur de l'Académie,
MAURELLET.

BIBLIOGRAPHIE

- Ardin-Delteil et Coudray*. — Un cas de spondylite typhique infantile (*Progrès médical*, 12 août 1911).
- Lance*. — La spondylite typhique (*Gazette des Hôpitaux*, 13 juin 1911).
- Curtillet et Lombard*. — Un cas de spondylite typhique (*Provenge Médicale*, 12 août 1911).
- Verdoux*. — Spondylite typhique (*Revue d'Orthopédie*, septembre 1912).
- Auclair et Weissebach*. — La spondylite typhique (*Gazette des Hôpitaux de Paris*, oct. 1912).
- Weissebach et Bonhoure*. — La spondylite typhique (*Gazette des Hôpitaux*, 1912).
- Quinke*. — Ueber spondylitis typhosa, 1893.
- Roger (H.), Aymes et Pieri*. — Spondylite typhoïdique avec irritation légère du faisceau pyramidal (*Gazette des Hôpitaux*, 4 septembre 1923).
- Guyard*. — Thèse de Paris, 1921.
- Roger*. — De la spondylite mélitococcique et de son diagnostic avec le mal de Pott (*Société de Médecine de Montpellier*, 19 nov. 1926).
- Chiray et Roger*. — Spondylites typhiques (*Presse Médicale*, 27 fév. 1919).
- Sicard et Robineau*. — Bulletin de la Société de Médecine des Hôpitaux, 18 mars et 11 juin 1921.

Weil et Chevrier. — Ostéo-périostites typhiques. Leur traitement par la vaccinothérapie et l'intervention chirurgicale (Presse Médicale, 23 août 1917).

Dufour, Debray et Guyard. — Guérison de la spondylite typhique par la vaccinothérapie (Bulletin de la Société de Médecine des Hôpitaux, 11 mars 1921).

Guibé. — Année médicale de Caen et Basse-Normandie, nov. 1922.

Isac. — Contribution à l'étude des spondylites typhiques. Thèse de Montpellier, 1918.

Rathery. — Vaccinothérapie des complications osseuses de la typhoïde (in Précis de Thérapeutique, 1925).

Voisin (R.). — Un cas de cyphose port-typhique (Gazette des Hôpitaux, 1^{er} mai 1919).

Oudard, Hesnard et Coureaud. — Le diagnostic dans les affections de la colonne vertébrale chez l'adulte, 1928.

Berthon. — Contribution à l'étude de la spondylite thyphique et de son traitement par la vaccinothérapie. Thèse de Montpellier, 1924.

Josephowitch. — Spondylarthrite typhique (Presse Médicale, mai 1911).

Baranger. — L'ostéomyélite aiguë de la colonne vertébrale (Gazette Médicale de Bretagne, 15 janv. 1929).

Aimes. — Les spondylites (Journal des Médecins, nov. 1920).

Barthe. — Spondylite et fièvre typhoïde (Thèse, Toulouse, 1914).

Tourmadour. — Ostéomyélite de la colonne vertébrale, 1890.

